

FIT Moment

Poistná zmluva na úrazové poistenie osôb zaradených do programu podpory udržiavania pracovných návykov podľa § 52 zákona č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti 93118922 *
(ďalej len "poistná zmluva")



Generali Slovensko poisťovňa, a.s., Plynárska 7/C, 824 79 Bratislava, Tel.: 0850 111 117, Fax: +421 2 5827 6100, (ďalej len "poisťovateľ")

Základné údaje

Poistník
 Názov samosprávneho orgánu: OBEC GEMERSKÁ VES IČO: 00318701
 Príezvisko, meno, titul a pracovná pozícia osoby oprávnenej konať v mene poistníka: MONIKA LEVAIOVA Telefónne číslo: 054/5394534

Adresa sídla
 Ulica, číslo: 109 PSČ: 918262 Obec: GEMERSKÁ VES

Poistené pracovné miesta
 Počet poistených pracovných miest: 59

Oprávnené osoby
 V prípade smrti: osoby podľa § 817 Občianskeho zákonníka
 V prípade trvalej invalidity, dennej dávky pri pobyte v nemocnici: poistená osoba

Údaje o skupinovom úrazovom poistení

Začiatok poistenia: 01.10.2011 Poistná doba v mesiacoch: 6

Poistné krytie: 4 - hodinové krytie (pracovné úrazy) 7,5 - hodinové krytie (pracovné úrazy)

Poistené riziká pre tarifu NUP	Poistná suma		Poistné	
	EUR	SKK	v EUR	v SKK
<input checked="" type="checkbox"/> smrť úrazom	3 320,00	100 018,32	0,17	
<input checked="" type="checkbox"/> trvalá invalidita spôsobená úrazom s lineárnym poistným plnením	3 320,00	100 018,32	0,23	
<input checked="" type="checkbox"/> denná dávka pri pobyte v nemocnici od 1. dňa	3,50	105,44	0,21	
Poistné za 1 mesiac / 1 pracovné miesto			0,61	
Poistné za všetky pracovné miesta			35,99	
Počet mesiacov				6
Celkové poistné za poistnú dobu			215,94	
Riziková prirážka				%
Celkové poistné za skupinu s prirážkou			215,94	

Od 1.1.2009 vrátane, hlavná mena pre účely tejto poistnej zmluvy je euro a informačnou menou je slovenská koruna.
 Konverzný kurz: 1 € = 30,1260 Sk

Spôsob platenia poistného
 jednorazovo za celú poistnú dobu na účet číslo: 1002008/0200

Druh inkasa
 poštová poukážka prevod z účtu

Vyhlasenie poistníka/osoby oprávnenej konať v mene poistníka: Svojím podpisom potvrdzujem, že som zodpovedal pravdivo a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje. Potvrdzujem, že som sa oboznámil s plným znením „Záverových ustanovení“, ktoré tvoria súčasť poistnej zmluvy a, že som obdržal Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie a informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka. Vyhlasujem, že osobné údaje a údaje o zdravotnom stave poistených osôb poskytujem prevádzkovateľovi Generali Slovensko poisťovňa, a.s. na základe písomného splnomocnenia poistenej osoby s poskytnutím jej osobných údajov a údajov o jej zdravotnom stave na spracovanie prevádzkovateľom Generali Slovensko poisťovňa, a.s., a jeho zmluvnými partnermi, najmä spoločnosťami Slovenská pošta, a.s. a VÚB, a.s., na účely vykonávania poisťovacej činnosti, zaisťovacej činnosti a ďalších činností vymedzených zákonom o poisťovníctve vrátane sprístupnenia osobných údajov a údajov o zdravotnom stave tretím osobám v súvislosti so správou poistenia a likvidáciou poistných udalostí a zaisťovacom spoločnostiam na výkon zaisťovacej činnosti za podmienok podľa § 23 zákona č. 428/2002 Z.z. na vykonávanie marketingovej činnosti súvisiacej s poisťovacou činnosťou prevádzkovateľom Generali Slovensko poisťovňa, a.s. alebo jeho zmluvnými partnermi ako aj na poskytnutie a sprístupnenie osobných údajov spoločnostiam, ktoré Generali Slovensko poisťovňa, a.s. poverila vymáhaním svojich oprávnených nárokov vyplývajúcich z poistnej zmluvy, a to po dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu a ďalej po dobu vyplývajúcu zo všeobecných záväzných právnych predpisov. Vyhlasujem, že poistená osoba splnomocnila poisťovateľa, aby v jej mene nadviazal kontakt s lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadal si od nich potrebné informácie, týkajúce sa tohto právneho vzťahu, bez obsahového obmedzenia. Vyhlasujem, že som bol v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov poučený o svojich právach a o právach a povinnostiach prevádzkovateľa Generali Slovensko poisťovňa, a.s., najmä o jeho práve prístupu k osobným údajom a zodpovednosti za ich porušenie. Som si vedomý, že som oprávnený vyššie udelený súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Svojím podpisom potvrdzujem duálne zobrazenie finančných hodnôt poisťovateľom v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a skutočnosť, že mi pri uzatváraní poistnej zmluvy boli poskytnuté informácie o opatreniach, pravidlách a postupoch, ktoré poisťovateľ vykonal na zabezpečenie plynulého a nerušeného prechodu zo slovenskej meny na euro.

Miesto a dátum dojednania: Gemerská Ves
 Podpis poistníka: [Signature]
 Pečiatka poistníka:

Meno a priezvisko sprostredkovateľa: Jolana Lesková
 Ziskateľské číslo sprostredkovateľa: 8108719
 Podpis sprostredkovateľa: [Signature]